

# Reconocimiento de las prácticas de privacidad y formulario de consentimiento

He recibido su Aviso de prácticas de privacidad y he tenido la oportunidad de revisarlo.

Acepto que es posible que me dejen mensajes telefónicos relacionados con mis consultas, renovaciones de recetas, resultados de laboratorio y cualquier otra Información Médica Protegida\* (Protected Health Information, "PHI") en los sistemas de correo de voz y los contestadores automáticos de los siguientes números de teléfono, además de cualquier otro medio de contacto que haya proporcionado:

(\_\_\_\_) \_\_\_\_\_  Hogar/oficina/celular/correo electrónico \_\_\_\_\_

(\_\_\_\_) \_\_\_\_\_  Hogar/oficina/celular/correo electrónico \_\_\_\_\_

*[En caso de que necesitemos comunicarnos con usted por los resultados de laboratorio, haga una marca al lado del número de contacto preferido, si lo hubiera].*

Acepto que mi PHI puede compartirse con mi cónyuge. \_\_\_\_\_

Nombre

Fecha de nacimiento

Acepto que mi PHI puede compartirse con las siguientes personas:

Nombre

Número de teléfono

Fecha de nacimiento

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

*\*Según se define en la Ley de Transferencia y Responsabilidad de Seguro Médico (Health Insurance Portability and Accountability Act, "HIPAA") de 1996 y sus disposiciones.*

Nombre del paciente (en letra imprenta): \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

*Si el paciente es menor de edad (tiene menos de 18 años), el padre, la madre o el tutor responsable deben firmar arriba y completar la siguiente información:*

Nombre del padre, la madre o el tutor (en letra imprenta): \_\_\_\_\_

Relación con el paciente: \_\_\_\_\_

**Entiendo que puedo cambiar cualquiera de los acuerdos anteriores en cualquier momento mediante un aviso por escrito a North Valley Eye Care. El destinatario puede seguir revelando mi PHI por los motivos expuestos arriba, y es posible que mi PHI ya no esté protegida por las leyes estatales y federales porque he autorizado la revelación de dicha información. También entiendo que, en caso de que la persona sufriera algún daño como resultado de la revelación autorizada, North Valley Eye Care no será responsable de ningún daño.**

## Portal para pacientes

Hemos creado un portal para pacientes en línea absolutamente seguro, y usted está inscrito de manera automática. Ahora tiene acceso a su información médica las 24 horas del día, los 7 días de la semana y muchos otros beneficios importantes. Para obtener más información, consulte los materiales publicados en la oficina o pregúntele a cualquier miembro de nuestro personal.

Si desea cancelar su inscripción al portal para pacientes, marque la siguiente casilla.

[Formulario NVEC PPAC Spanish 07/08/2019](#)

